

FORMULARZ KWALIFIKACJI PACJENTA DO LECZENIA METODĄ VV-ECMO

Imię i nazwisko pacjenta:		Numer książki głównej:	
PESEL:		Szpital:	
Masa ciała:	Wzrost:	Oddział:	
Rozpoznanie główne: (ICD - 10)		Choroby współistniejące: (ICD - 10)	

1. **Data i godzina zgłoszenia:**
2. **Imię i nazwisko lekarza zgłaszającego:**
3. **Wskazania do konsultacji z ośrodkiem VV-ECMO:**
 - Wskazania bezwzględne** (w przypadku stwierdzenia braku jednego z poniższych stanów pacjent nie zostanie zakwalifikowany do terapii ECMO)
 - pacjent z rozpoznaniem COVID-19, u którego wskaźnik oksygenacji (PaO₂/FiO₂) jest niższy niż 150 mmHg, pomimo zastosowania przynajmniej jednej z poniższych interwencji:
 - ułożenia pacjenta na brzuchu (prone position) do 12 h w ciągu doby
 - ciągłej blokady nerwowo-mięśniowej
 - rekrutacji pęcherzyków płucnych przy użyciu wysokich ciśnień PEEP
 - zastosowania wziewnych leków rozszerzających naczynia płucne
 - PaO₂/FiO₂ < 80 mmHg przez > 3 godziny pomimo VT 6 ml/kg i PEEP > 5 cm H₂O i stosowania rekrutacji pęcherzyków płucnych
 - pH < 7,25 przez > 3 godziny (kwasica oddechowa)
 - Wskazania względne**
 - pH < 7,2 i PaCO₂ > 80 mm Hg
 - podatność: statyczna < 0,5 ml/kg/cm H₂O
 - dodatnie ciśnienie wdechowe > 40 cm H₂O, przy objętości oddechu < 6 ml/kg
 - w badaniu RTG: rozległe zacienienia przynajmniej w dwóch kwadrantach płuc
4. **Przeciwwskazania do terapii ECMO** (w przypadku stwierdzenia jednego z poniższych stanów pacjent nie zostanie zakwalifikowany do terapii ECMO)
 - wentylacja inwazyjna z FiO₂>0,6 przez czas przekraczający 7 dni
 - ciężka choroba układowa o niepomyślnym rokowaniu
 - nieodwracalne uszkodzenie centralnego układu nerwowego (encefalopatia, demencja)
 - marskość wątroby w wodobrzuszu i krwawienie z żyłaków przełyku w wywiadzie
 - nowotwór złośliwy o złym rokowaniu
 - patologia układu oddechowego o złym rokowaniu (POCHP, zwłóknienie płuc)
 - krwawienie wewnątrzczaszkowe
 - ciężkie przewlekłe nadciśnienie płucne (MPAP > 50 mm Hg)
 - ciężka niewydolność: lewej (EF < 25%) lub prawej komory w wywiadzie
 - świadoma deklaracja niewyrażenia zgody przez chorego na leczenie ECMO

FORMULARZ KWALIFIKACJI PACJENTA DO LECZENIA METODĄ VV-ECMO

5. OCENA STANU WYDOLNOŚCI NARZĄDÓW (DO 12 GODZIN PRZED ZGŁOSZENIEM)						
UKŁAD/NARZĄDY	PUNKTY SKALI SOFA					
	0	1	2	3	4	
ODDECHOWY PaO ₂ /FiO ₂	>400	<400	<300	<200	<100	
		WSPOMAGANIE WENTYLACJI +/-		ZE WSPOMAGANIEM WENTYLACJI		
WYDALNICZY stężenie kreatyniny (mg/dl)	<1,2	1,2 - 2,0	2,0 - 3,4	3,5 - 4,9	>5,0	
					diureza < 500 ml/ 24 h	diureza < 250 ml/24 h
WĄTROBA stężenie bilirubiny (mg/dl)	<1,2	1,2 - 1,9	2,0 - 5,9	6,0 - 11,9	>12,0	
KRAŻENIA	MAP>70	MAP<70	dopamina < 5 dobutamina	dopamina > 5 adrenalina < 0,1 noradrenalina < 0,1	dopamina > 15 adrenalina > 0,1 noradrenalina > 0,1	
	BRAK AMIN KATECHOLOWYCH		wszystkie dawki w µg/kg/min czas infuzji co najmniej 1 godzina			
KRWIOTWÓRCZY płytki krwi (tyś/mm ³)	> 150	< 150	< 100	< 50	< 20	
NERWOWY Glasgow Coma Scale	15	13 - 14	10 - 12	6 - 9	< 6	
SUMA						

6. WYNIKI BADAŃ DODATKOWYCH (DO 12 GODZIN PRZED ZGŁOSZENIEM)						
GAZOMETRIA KRWI TĘTNICZEJ	Brak danych <input type="checkbox"/>	PaO ₂ /FiO ₂	pCO ₂	pH	HCO ₃	mleczany
MORFOLOGIA KRWI	Brak danych <input type="checkbox"/>	WBC	NEU(%)	LYM(%)	Hgb	Hct
BIOCHEMIA	Brak danych <input type="checkbox"/>	PCT	CRP	LDH	mocznik	kreatynina

7. WYNIKI BADAŃ OBRAZOWYCH (DO 24 GODZIN PRZED ZGŁOSZENIEM)		
RODZAJ BADANIA	DATA BADANIA	SYNTEZYCZNY OPIS WYNIKU
<input type="checkbox"/> RTG <input type="checkbox"/> TK <input type="checkbox"/> USG		
<input type="checkbox"/> RTG <input type="checkbox"/> TK <input type="checkbox"/> USG		

8. LECZENIE OSTREJ NIETYDOLNOŚCI ODDECHOWEJ			
Czas wentylacji inwazyjnej (DNI)	Objętość oddechu (ml)	Stężenie wdychowe tlenu	Wartość PEEP (cm H ₂ O)
<input type="checkbox"/> < 2 <input type="checkbox"/> 2 – 7 <input type="checkbox"/> > 7	<input type="checkbox"/> 4 - 8 <input type="checkbox"/> 8 - 12 <input type="checkbox"/> > 12	<input type="checkbox"/> < 60% <input type="checkbox"/> 60 - 80% <input type="checkbox"/> 890 – 100%	<input type="checkbox"/> 5 – 10 <input type="checkbox"/> 10 -15 <input type="checkbox"/> > 15
Ciśnienie plateau (cmH ₂ O)	Sztuczna droga oddechowa	Zwiótczenie mięśni	Prone position
<input type="checkbox"/> < 30 <input type="checkbox"/> > 30	<input type="checkbox"/> ETT <input type="checkbox"/> TT	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Data pieczętka i podpis lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii odpowiedzialnego za kwalifikację			